

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE 269

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger BAUDOIN

Né à Moulins, le 17 septembre 1887

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES SPONTANÉES

DE LA

LIGNE SEMI-LUNAIRE DE SPIEGEL

Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger BAUDOIN

Né à Moulins, le 17 septembre 1887

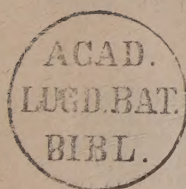
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES SPONTANÉES

DE LA

LIGNE SEMI-LUNAIRE DE SPIEGEL



Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCH
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TESSIER
Anatomie pathologique.	X.
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GULLAIN	MAILLARD	ROUVLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tient ni leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Si cruellement enlevée à notre pieuse
affection. Puissent la beauté de son
âme et la bonté de son cœur, rester pour
moi le guide sûr dans le dur trajet de
la vie !!!*

A MON PÈRE
LE DOCTEUR LÉON BAUDOIN

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES SCEURS, A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Chirurgien de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicault
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR AUGUSTE BROCA

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions d'agréer ici nos plus respectueux remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES SPONTANÉES
DE LA LIGNE SEMI-LUNAIRE DE SPIEGEL

INTRODUCTION

La paroi abdominale antérieure peut être le siège de hernies se produisant à la faveur d'orifices autres que l'orifice inguinal ou que l'ombilic. Au point de vue anatomique, cette région est limitée en dedans par le bord interne des muscles droits de l'abdomen en arrière par la zone lombaire, en bas par l'arcade crurale et la région inguinale, en haut par le rebord des côtes. Par cette définition, nous éliminerons les hernies lombaires et épigastriques qui ne sont pas classées parmi les hernies ventrales, bien que des conditions anatomiques semblables soient leur point de départ.

D'une manière générale les viscères, dans cette région, sont retenus par une paroi musculo-aponévrotique triple formée par les muscles transverse, petit oblique et grand oblique. Pour que la hernie spontanée se produise, il est nécessaire qu'il existe

dans le premier de ces plans une solution de continuité qui permet aux viscères de le franchir.

Cette solution de continuité peut exister précisément en deux points situés dans la région sous-ombilicale de la paroi antéro-latérale de l'abdomen tout d'abord à l'union de l'aponévrose du transverse et du droit, en un point où cette aponévrose est tendue et peut présenter des orifices vasculaires, ensuite à l'union de l'aponévrose du transverse et des fibres musculaires de ce muscle, c'est-à-dire suivant le repli semi-circulaire que l'on désigne sous le nom de ligne semi-lunaire de Spiegel. C'est cette variété de hernies spontanées que nous étudierons ici ayant eu l'occasion d'en voir un cas où l'étranglement avait nécessité l'intervention. L'opération pratiquée à la maison de Nanterre, dans le service de M. le Dr Raymond, a donné un résultat excellent. La symptomatologie spéciale de cette lésion, les indications thérapeutiques particulières qu'elle impose nous ont poussé à rechercher sur le cadavre les dispositions anatomiques qui pouvaient favoriser sa production. D'autre part, la clinique nous a donné l'occasion de trancher un point de diagnostic suffisamment intéressant pour que nous croyions utile de publier le résultat de notre travail.

Nous tenons à remercier ici MM. Cazalis et Engel, internes à l'hospice de Nanterre, qui se sont employés avec tant de bienveillance à nous faciliter notre tâche au cours de ce travail.

DÉFINITION

La première définition exacte de la hernie de Spiegel a été donnée en 1881 par Ferrand qui lui donne le nom de laparocèle. Jusque-là ce nom, d'après Littré et Robin, avait été appliqué aux hernies lombaires que l'on a actuellement de plus en plus tendance à appeler hernies de J.-L. Petit, désignant aussi clairement leur siège. Toutefois nous croyons nécessaire d'écarter ce nom de laparocèle qui peut encore prêter à confusion pour employer, comme l'ont fait Thévenot et Gabourd, celui plus précis de hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel. *De cette façon nous écartons les hernies traumatiques qui se produisent en tout point de la paroi abdominale antéro latérale et qui sont plutôt des éventrations post-traumatiques ne retenant dans cette étude que les hernies spontanées de la ligne de Spiegel dont le siège est constant et qui se développent à la faveur de dispositions anatomo-pathologiques spéciales.*

HISTORIQUE

Parmi les anciens, Dionis, J.-L. Petit, Garangeot avaient signalé d'une façon précise l'affection que nous étudions, mais ils n'avaient en vue que les hernies traumatiques.

Lachausse, en 1746, étudie les hernies se produisant sur le bord externe des muscles droits, mais encore là il n'est guère question que des hernies traumatiques.

Il faut remonter en 1764 à Klinklosch pour trouver la première description indiscutable de la hernie se produisant au niveau de la ligne semi-lunaire de Spiegel. Malheureusement cet auteur confond un peu dans sa description toutes les hernies qui se font sur la paroi abdominale, c'est-à-dire les hernies diaphragmatiques, obturatrices, lombaires, de la ligne blanche, ischiatiques, périnéales, vaginales et des flancs.

Astley Cooper situe la hernie de Spiegel à l'union des fibres musculaires et aponévrotiques du muscle transverse, et le premier signale l'importance des orifices vasculaires que l'on trouve à ce niveau qui peuvent favoriser sa production.

Jusqu'en 1877 on ne trouve que peu ou pas de travaux sur cette question, et les auteurs semblent considérer cette lésion comme une véritable curiosité pathologique. Ils ne font d'ailleurs que reproduire les idées de Cooper. A cette date, D. Mollière présente une observation personnelle. Malheureusement, cette hernie était consécutive à un phlegmon de la paroi abdominale et rentre dans la catégorie des hernies traumatiques.

En 1878, à la Société de Chirurgie de Paris, M. le professeur Terrier apporte un cas où l'intervention avait eu lieu par suite de l'étranglement de la hernie. Cette observation fut le point de départ du travail de Reynier, le premier travail important sur les hernies ventrales. Cet auteur a étudié les hernies de toute la paroi abdominale antérieure qui se présentent avec le même cortège symptomatique et nécessitent une intervention semblable.

Mackroki, en 1879, a rassemblé 86 cas de hernie de la paroi abdominale latérale, et il donne d'une façon précise la pathogénie de ces hernies qui se développent à la faveur d'orifices vasculaires agrandis par des lipomes.

Dans sa thèse, en 1881, Ferrand apporte surtout une observation personnelle. Malheureusement, l'auteur l'avoue lui-même, pressé par le temps il n'a pu faire une étude complète de la question.

Le travail de Thévenot et Gabourd enfin publié en 1907 dans *la Revue de Chirurgie*, apporte des recherches anatomiques pour élucider la pathogénie

de la lésion que nous étudions, et leur travail est plein d'intérêt en même temps qu'il résume parfaitement les travaux faits antérieurement.

En dehors de ces travaux d'ensemble, plusieurs observations isolées ont été publiées par Michaël, Nève, Broca, Weiss, Giordano, Grange, Brennani, Petit et Coley ; malheureusement, bien souvent les auteurs se contentent d'observations sans rechercher la cause exacte de la hernie qui, bien souvent a dû être traumatique.

ANATOMIE DE LA RÉGION

Avant d'étudier la manière dont se produit la hernie du repli semi-lunaire de Spiegel, il est bon de rappeler sommairement les données anatomiques concernant la région où cette affection se produit.

La paroi antéro-latérale de l'abdomen est formée par les muscles grand droit, petit oblique, grand oblique et transverse. Ces muscles sont doublés d'une part par le fascia transversalis qui tapisse la face interne de la paroi, d'autre part par des aponévroses. Celles-ci constituent de vastes lames tendineuses qui continuent en avant les muscles obliques et transverse.

L'aponévrose du transverse en particulier forme une courbe à concavité interne, dont la grande courbure se trouve sur le plan de l'ombilic. Elle va de l'appendice xyphoïde, au tiers interne de l'arcade crurale, passant en partie en arrière du grand droit, en partie en avant, suivant qu'on l'examine au-dessus ou en dessous de l'arcade de Douglas.

Cette insertion de l'aponévrose du transverse forme ce que l'on appelle la ligne semi-lunaire de Spiegel. Souvent elle dessine un double feston ou un demi-losange à bord curviligne.

Plus superficiellement que ce premier plan fibreux, on trouve l'aponévrose du petit oblique dont l'insertion se fait en dehors et enfin directement sous la peau et le tissu cutané, l'aponévrose du grand oblique, non pas en contact immédiat, mais séparée par des nappes celluluses assez minces et peu serrées. Ceci explique que, le plus souvent, une hernie passant dans l'un des orifices vasculaires que l'on trouve fréquemment dans l'aponévrose du transverse se trouve bridée par des faisceaux fibreux qui ne sont autres que ces deux aponévroses dissociées.

Dans le tissu cellulaire qui sépare les aponévroses, cheminent les vaisseaux et des nerfs qui ont traversé l'aponévrose du transverse et dont la présence est très importante.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Lorsque l'on lit les observations de hernies de la ligne de Spiegel, on est frappé par ce fait que le siège exact où elles se produisent est constant. Mollière avait déjà signalé ce fait et l'idée lui est venue que cette constance du siège de la hernie devait être liée à une prédisposition anatomique.

Cette prédisposition anatomique semble être la manière dont les branches de l'artère épigastrique se composent vis-à-vis des muscles de la paroi abdominale antéro-latérale. Certains auteurs, Mollière entre autres, pensent cependant que la hernie se fait à l'union des fibres musculaires et aponévrotiques à un endroit où la paroi se trouve distendue et les fibres disjointes. Il semble pourtant, et c'est l'opinion de Cooper, Mackrocki, Reignier, Brennani, Ferraud, Thévenot et Gabourd, que l'orifice initial par lequel dans certaines conditions se fait la hernie soit l'un des nombreux hiatus par lesquels les branches de l'artère épigastrique franchissent la paroi abdominale.

Thévenot et Gabourd ont trouvé, après avoir examiné la paroi de dix sujets, deux dispositions de

l'artère épigastique. Dans le plus grand nombre de cas, l'artère se porte directement derrière le muscle grand droit qu'elle perfore pour traverser la paroi. Chez quatre sujets, ils ont trouvé l'artère oblique en dehors, dépassant le grand droit et perforant alors, plus ou moins haut, l'aponévrose entre le grand droit et le transverse « en créant un orifice qui a normalement jusqu'à 4 millimètres de diamètre » ; souvent l'artère est entourée dans un petit peloton adipeux qui occupe l'orifice aponévrotique.

Certains auteurs, Monro, dans un cas cité par Rochard, dans son *Traité des hernies* et Wyss, auraient observé les hernies congénitales de la ligne de Spiegel.

Il nous a paru intéressant de rechercher sur un certain nombre de sujets quelles étaient les dispositions anatomiques susceptibles de favoriser la production d'une hernie de la ligne de Spiegel.

Sur 16 sujets dont nous avons examiné la paroi antéro-latérale de l'abdomen, nous avons observé les rapports suivants entre l'artère et les muscles.

Dans 18 cas (autopsies : 2 droite et gauche, 3 gauche, 4 droite et gauche, 6 droite et gauche, 7 droite et gauche, 9 droite, 10 droite et gauche, 12 droite et gauche, 13 gauche et droite, 15 droite, 16 droite), nous avons vu l'artère traverser le corps même du muscle grand droit.

Dans 8 cas (autopsies : 1 gauche, 5 droite, 8 droite et gauche, 11 gauche, 14 droite et gauche, 16 droite), l'artère, après un trajet vertical derrière le grand droit,

obliquait en dehors et venait perforer l'aponévrose au niveau de la ligne de Spiegel.

Enfin, dans 6 cas (autopsies : 1 droite, 3 droite, 5 gauche, 9 gauche, 11 gauche, 15 gauche), l'artère traversait encore l'aponévrose, et en plus elle s'entourait d'un peloton adipeux qui agrandissait l'orifice.

Dans l'autopsie n° 1, du côté droit, l'orifice ainsi formé par l'artère et agrandi par le peloton adipeux atteignait 6 millimètres de diamètre.

Un autre fait important à noter ressort de nos recherches anatomiques. Sur les 14 cas où l'artère épigastrique perforait l'aponévrose, on peut remarquer que neuf fois c'était du côté gauche de l'abdomen. Or, dans l'observation nouvelle que nous publions, la hernie se produisait à gauche. Il semble bien qu'il y ait un rapport entre ces deux faits et que si la hernie se trouve à gauche de préférence, c'est que c'est de ce côté que le plus souvent on trouve un orifice préformé.

A la faveur de cet orifice, la hernie peut se développer sous diverses influences. Monro et Wyse auraient observé 2 cas de hernie congénitale.

Mais pareils cas sont rares, sinon exceptionnels, et en général sur la prédisposition anatomique doivent se greffer d'autres causes pour que la hernie se produise.

L'adiposité de la paroi abdominale a été admise par la plupart des auteurs comme cause prédisposante importante de la hernie de Spiegel. De même très fréquemment, la production de la hernie ingui-

nale, diaphragmatique ou autre, est favorisée par le développement, dans l'orifice, primitivement continet, d'un peloton adipeux qui, en augmentant de volume, écarte les parois de cet orifice. On retrouve alors, précédant la hernie dans sa sortie un lipome pré-herniaire. C'est ce lipome qui agrandit le canal de sortie, entraîne le péritoine à sa suite. Ce rôle pathogénique important déjà entrevu par Scarpa, Pelletaut, Cloquet et Velpeau, nettement établi par Lucas-Championnière pour les hernies de la ligne blanche, nous semble devoir s'appliquer aussi à la hernie de Spiegel.

Et, en effet, dans les autopsies que nous avons pratiquées, nous avons constaté plusieurs fois la présence autour de l'artère épigastrique d'un peloton adipeux qui, une fois (A. n° 1), atteignait 6 millimètres de diamètre.

De plus, les obèses ont une résistance de tous leurs tissus et particulièrement de leurs aponévroses, notablement diminuée, ce qui facilite encore l'action du lipome.

Toutes les causes par distension de la paroi abdominale vont agir de la même façon en élargissant l'orifice normal, aussi bien les tumeurs abdominales, kystes de l'ovaire, fibromes par exemple, que les collections liquides, l'ascite par exemple. L'observation publiée par Mollière est caractéristique à ce sujet. La hernie avait été secondaire au développement d'un fibrome et d'une ascite. D'ailleurs les

mêmes causes président souvent à l'apparition des hernies ombilicales ou de la ligne blanche.

Les grossesses répétées, en distendant la paroi abdominale et en relâchant ses fibres, ont aussi leur rôle.

Ceci explique bien que le plus souvent la hernie de Spiegel, la même que toutes les hernies ventrales, se produit chez des femmes d'un certain âge.

Il est évident, et ce fait s'impose, que toutes les lésions des parois abdominales doivent avoir leur importance dans l'étiologie des hernies de la ligne de Spiegel. C'est notamment à la suite d'un phlegmon de la paroi, que Mollière a pu observer le cas qui lui fit distraire des hernies ventrales anormales un groupe spécial ayant pour siège le tiers interne d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

De même Schleiter a vu une hernie se produire à la faveur d'une brèche faite à la paroi abdominale par un furoncle ouvert spontanément.

Enfin, chez certains sujets on observe une faiblesse de toute la paroi abdominale, et alors la hernie de Spiegel coexiste avec d'autres laparocèles. C'est ainsi que M. le professeur Terrier a présenté en 1878 une très belle observation qui a été reproduite dans la thèse de Reynier en 1879.

Le malade porteur d'une hernie inguinale parfaitement réductible n'en présentait pas moins des symptômes d'occlusion intestinale : coliques, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Tous les

anneaux étaient libres, mais à gauche le long du bord externe du muscle droit on trouvait un point douloureux. Devant les signes d'étranglement interne on pratiqua la laparotomie médiane, et l'on trouva une anse grêle enfoncée dans la paroi abdominale au niveau du point douloureux.

De même le Dr Girdano a observé et opéré à la clinique de Novare un cas où la hernie de Spiegel coexistait avec une hernie lombaire.

Thévenot et Gabourd ont trouvé à l'autopsie d'une malade opérée de hernie ombilicale étranglée et morte d'accidents pulmonaires une hernie de Spiegel à droite.

CAUSES DÉTERMINANTES

Quelles sont les causes prédisposantes pour la hernie de Spiegel ? Le terrain préparé, l'orifice pouvant permettre l'admission de l'intestin il suffit comme pour toutes les autres hernies d'un effort violent ; la toux très fréquente peut faire sortir la hernie. Dans notre observation, c'est à l'occasion d'un effort violent, en soulevant une infirme, que la malade sentit pour la première fois sa hernie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A première vue les hernies de la ligne de Spiegel se rapprochent au point de vue anatomo-pathologique de deux affections. Les petites hernies rappellent identiquement les hernies de la ligne blanche dont elles ont toutes les caractères. Les grosses hernies simulent à s'y méprendre les hernies ombilicales. Leur volume est en effet très variable et va de celui de la hernie interstitielle si petite qu'elle ne soulève qu'à peine la paroi, à la hernie énorme comme celle de l'observation que nous publions. Mais ce qui les différencie très nettement c'est leur siège qui est absolument constant.

Elles occupent la ligne de Spiegel au niveau où elles se coupent avec la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. On ne les rencontre guère que dans la partie aponévrotique à la faveur des orifices vasculaires élargis par le tissu adipeux. Elles se produisent aussi au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic à un endroit où la pression viscérale est forte.

ANNEAU

Elles s'échappent à travers un véritable anneau arrondi ce qui les distingue des hernies traumatiques qui n'ont pas de collet. Cet anneau est limité par un rebord rigide tranchant, semblable à celui de l'anneau ombilical et formé aux dépens des aponévroses du transverse et du petit oblique. Il est plus ou moins large quelquefois bridé par des faisceaux de l'aponévrose du transverse. Cet anneau franchi, la hernie rencontre l'aponévrose du grand oblique. Ou bien l'aponévrose cédera et alors la hernie deviendra sous-cutanée ou elle résistera et ou aura la hernie interstitielle. Mais, dans certains cas, l'orifice de l'aponévrose du grand oblique est moins large que celui du transverse ou bien il n'est pas au même niveau par suite du trajet oblique des vaisseaux. On peut alors trouver comme dans notre observation une hernie à deux ou plusieurs lobes. C'est la hernie en brioche dont une portion est interstitielle et l'autre sous-cutanée.

LE SAC

Contrairement à ce qui se produit pour les hernies traumatiques, les hernies spontanées doivent présenter logiquement et, en effet, présentent toujours un sac. Certains auteurs ne distinguant pas comme

nous le faisons les hernies suivant leur cause, prétendaient que le plus souvent le sac n'existait pas. Or il existe toujours. Certes ce sac est mince dans les hernies volumineuses, il arrive à se confondre avec les enveloppes des parties herniées et l'opérateur ne peut pas faire autrement que de l'ouvrir. Néanmoins nous ne croyons guère possible d'admettre avec Cooper que le sac se résorbe. Il s'amincit, ses fibres se dissocient, mais on en trouve toujours les traces sous forme de brides fibreuses déprimant la surface de la hernie. Dans les petites hernies, le sac a des formes et des dimensions qui varient avec chaque cas. Tantôt globulaire, tantôt en doigt de gant, en brioche (hernie interstitielle et sous-cutanée), pédiculé, sessile. Il se modifie suivant la laxité des tissus où il est et suivant son contenu. Il est souvent bridé par des fibres isolées de l'aponévrose du grand oblique qui passent sur lui.

Mais, ce qu'il faut savoir, c'est que si le plus souvent le sac est libre, parfois il peut avoir contracté des adhérences avec les parties voisines et alors il sera impossible dans l'intervention de ne pas l'ouvrir.

La face interne peut également être cloisonnée et alors le sac formera plusieurs diverticules parfois serrés. L'importance de ce cloisonnement du sac est très grande, car le plus souvent ce n'est pas le collet qui est l'agent de l'étranglement herniaire, mais bien ces brides formées par le sac et il faut avoir soin de les libérer avec soin.

Contenu du sac. — Ce sac peut contenir les organes les plus divers suivant les cas. Le plus souvent, c'est l'intestin grêle (entérocele) ou l'épiploon (épiplocèle) que l'on trouve. Quelquefois les deux sont associés. Mais pour peu que la tumeur soit volumineuse, on peut y trouver les portions le plus différentes du tube digestif, mais presque toujours il y a de l'épiploon et ce fait s'explique assez facilement étant donné la situation de l'épiploon entre l'intestin et la paroi abdominale. On a encore trouvé dans les hernies de Spiegel le cæcum et le colon. L'estomac s'y serait rencontré d'après Petit. Enfin Schoofs signale la présence du testicule. Dans le cas que nous publions, le cæcum, l'appendice devenu turgescent du fait de l'étranglement, le colon presque entier et encore une portion de l'intestin grêle cohabitaient avec l'épiploon. D'ailleurs celui-ci s'était insinué entre les anses intestinales et avait contracté avec elles des adhérences multiples qui constituaient autant d'agents de l'étranglement. Dans les observations publiées il est très fréquent de voir cette disposition signalée. Elle est très importante, car de sa connaissance et de sa constatation dérivera toute une partie du traitement de l'étranglement de la hernie de Spiegel.

D'autre part, l'épiploon n'est pas seul à former des brides dans l'intérieur du sac herniaire. Quelques poussées inflammatoires provoquant un peu de péritonite herniaire suffisent pour que les anses intestinales elles-mêmes contractent des adhérences les

unes avec les autres et avec les parois du sac, si bien que le plus souvent on constate comme nous l'avons déjà dit que la hernie de Spiegel est constituée non pas par un sac unique, mais par un sac présentant toute une série d'alvéoles dont les cloisons sont susceptibles de devenir des agents d'étranglement.

On comprend donc facilement que, si lorsqu'elle est de volume restreint, la hernie de Spiegel peut s'étrangler du fait de la constriction de son sac, lorsqu'elle est volumineuse les causes de l'étranglement siègent surtout à l'intérieur du sac. C'est, soit une bride péritonéale, soit un repli de l'épiploon, soit une torsion de l'anse intestinale et ainsi qu'on le verra dans notre observation ces trois causes peuvent se trouver réunies. On s'explique alors pourquoi dans le cas d'étranglement le taxis est non seulement illusoire mais encore dangereux, en ce qu'il donne une illusion de guérison, et, pourquoi l'intervention doit comprendre sous peine d'inutilité le débridement et la séparation de tout le contenu de la hernie.

SYMPTOMES

Au point de vue anatomo-pathologique nous avons distingué les hernies interstitielles, sous-cutanées et mixtes. La clinique ne fait pas cette distinction et au point de vue symptomatologique il faut classer les hernies de Spiegel suivant leur volume.

Les hernies petites sont le plus souvent celles que nous avons décrites sous la forme de hernies au doigt de gant. Leur contenu est très restreint et leurs symptômes sont d'autant plus faciles à méconnaître qu'elles surviennent chez des personnes grasses. Elles donnent alors lieu à des méprises à cause des signes dyspeptiques ou intestinaux vagues qu'elles produisent. Le plus souvent en effet aucun signe extérieur ne trahit leur présence à ce degré, surtout si l'on se trouve en face d'une hernie interstitielle.

Localement on trouve parfois une douleur légère dans la région de la ligne de Spiegel, douleur continue et qu'augmentent certains mouvements. La pression ne peut être douloureuse que si la hernie est irréductible. Les troubles gastro-intestinaux sont prépondérants. On trouve parfois des alternatives de diarrhée

et de constipation ou bien des douleurs gastriques, enfin il peut exister des vomissements.

Mais il faut remarquer que le décubitus dorsal améliore sensiblement ces symptômes.

Les hernies moyennes c'est-à-dire celles qui ont environ le volume du poing présentent les mêmes symptômes fonctionnels que les petites, mais il s'y ajoute des signes locaux caractéristiques. On voit alors une tumeur dont les caractères varient suivant la variété de hernie.

La hernie interstitielle forme une tumeur aplatie, peu saillante, étalée entre les divers plans de la paroi et mal circonscrite. On sent une série de bosselures difficiles à limiter et surtout à réduire.

La hernie mixte présente le type de la hernie en brioche. On trouve alors deux tumeurs superposées. La plus superficielle est directement sous les téguments. Elle est facile à réduire mais du fait de sa réduction, le volume de la portion interstitielle augmente. Cette portion reste en effet difficilement réductible et elle s'agrandit des anses sous-cutanées réduites.

Lorsque le malade est levé on constate que les masses herniées ne s'étalent plus autant. Elles sont moins larges en surface mais par suite plus saillante.

Quant à la hernie sous-cutanée, ses caractères sont ceux que la portion supérieure des hernies en brioche. Le plus souvent elles sont réductibles. Elles font une saillie très accentuée, arrondie, moins étalée.

De plus on sent très nettement les anses herniées au travers de la paroi abdominale.

Mais ce sont surtout les grosses hernies qui peuvent atteindre un volume énorme, qui sont caractéristiques. Ce sont surtout celles-là en effet qui peuvent s'étrangler à cause des brides et des cloisonnements qui se forment à l'intérieur du sac.

Presque toujours la tumeur est sous-cutanée et non plus sous-aponévrotique.

La peau est très mince sur les parties herniées qui font une forte saillie. Quelquefois même on voit les anses intestinales se mouvoir sous la peau.

La pesanteur aidant la tumeur tend peu à peu à gagner les parties déclives. Elle s'étale progressivement sous la peau et alors on trouve des symptômes de tiraillement des pédicules des anses herniées. Ces symptômes consistent en douleurs et en troubles gastriques qui cèdent au port d'un bandage qui soutient la masse.

COMPLICATIONS

Au point de vue des complications des hernies de Spiegel, on peut dire que cette affection se confond exactement avec la hernie ombilicale. Ces deux lésions se comportent identiquement de la même façon.

La hernie de Spiegel présente souvent des accidents d'irréductibilité momentanée, d'engouement. Il en résulte la formation dans l'intérieur du sac de brides et d'adhérences qui soudent les anses les unes aux autres ou les unissent aux parois du sac ou à l'épiploon. Peu à peu alors la hernie devient irréductible. D'ailleurs, cette irréductibilité est extrêmement bien supportée par le malade. Dans l'observation que nous publions, par exemple, la malade a gardé sa hernie pendant six ans sans en avoir jamais souffert.

Mais l'accident le plus fréquent et le plus redoutable est l'étranglement.

L'étranglement peut se produire au niveau du collet du sac qui parfois arrive presque à couper l'anse herniée. Mais ce n'est pas là l'agent principal de l'étranglement. C'est le plus souvent dans le sac même que l'intestin se trouve étranglé. Nous avons

déjà insisté sur l'importance des brides que peuvent enserrer l'intestin, des diverticules dans lesquels il peut s'engager. On constate alors plutôt des phénomènes d'occlusion intestinale, d'étranglement chronique que des signes d'étranglement herniaire brusque.

L'observation que nous publions en est un cas extrêmement typique. On y trouvera notamment d'une façon très nette la description des brides et loges qui ont causé l'étranglement.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de MM. Cazalis et Engel
internes à l'Hôpital de Nanterre.)

Hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel, irréductible, datant de dix ans. — Spontanée. — Étranglement herniaire. — Opération d'urgence. — Cure radicale. — Guérison complète.

M^{me} X..., cinquante-six ans, infirmière à la 4^e section (infirmes et vieillards) de la maison départementale de Nanterre.

Antécédents. — Trois accouchements à terme sans aucune complication. Pas de fibrome ni d'ascite.

Jamais aucune lésion de la paroi abdominale, ni traumatisme, ni phlegmon. Au cours de son travail parfois très fatigant, cette femme était obligée de faire des efforts violents pour soulever de leur lit des vieilles femmes impotentes. Un jour, en 1905, dans son travail, elle ressent une douleur dans le flanc gauche et sa hernie se produit. Depuis, elle a toujours gardé ce qu'elle croit être une hernie ombilicale. Elle n'en a jamais aucunement souffert bien que la grosseur se soit développée progressivement. Les selles ont été régulières. La malade a refusé jusque-là toute intervention.

25 août 1911. — A 4 heures du soir, la malade, qui n'a pas été à la selle depuis la veille est prise brusquement de vomissements alimentaires en même temps qu'elle ressent une douleur extrêmement vive dans sa hernie. Ce malaise qui se généralise et s'accroît la force à se coucher.

A 6 heures, M. Engel, interne de garde, est appelé. Il trouve la malade couchée ayant encore vomi.

Le facies est pâle, anxieux, terreux, le nez pincé et froid.

Le pouls à 90, est vif, mais se laisse facilement déprimer et présente des irrégularités. La respiration est anxieuse, saccadée. La température est à 36°9.

On constate un arrêt complet des gaz, mais, par contre, il se produit une débâcle réflexe des matières.

Localement, on voit une masse considérable haute de 35 centimètres, longue de 28 dans ses plus grandes dimensions, occupant les régions latérale gauche et médiane de la paroi abdominale, arrivant en haut à 4 travers de doigts de l'appendice xyphoïde et en bas à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et de la symphyse.

La peau qui recouvre cette masse bosselée ne présente pas de modification de la coloration. On peut y circonscrire très nettement trois masses adhérentes, pourtant, les unes aux autres par leur base.

Immédiatement contre la cicatrice ombilicale qu'elle soulève existe une première grosseur du volume d'un œuf d'autruche. Sous cette première masse et à gauche d'elle, on en trouve une autre qui s'étale autour d'elle et gagne la région sus-pubienne et l'appendice xyphoïde. Cette seconde masse acumminée présente un gargouillement très net. Elle est plus sonore que la première et aussi plus douloureuse dans son ensemble. Enfin en un point situé en dehors de la ligne des droits, à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et de l'ombilic, on trouve une troisième masse très tendue, présentant une matité absolue, du volume d'une orange et extrêmement douloureux.

Il existe également un point douloureux au niveau de l'ombilic, mais en faisant basculer toute la masse vers le

flanc gauche, on sent facilement un orifice ombilical normalement oblitéré.

Devant le volume de la tumeur herniaire et les signes d'étranglement avéré, on décide immédiatement de recourir à l'intervention qui est pratiquée à 7 h. 1/2 par MM. Engel et Casalis, internes du service.

Incision cutanée de 28 centimètres, curviligne, commençant en haut sur la ligne blanche à 10 centimètres de l'appen-



dice xyphoïde et gagnant de là le sommet de la première masse en passant à 3 centimètres à gauche de l'ombilic puis redescendant sur la ligne médiane jusqu'à 10 centimètres de la symphyse pubienne.

L'incision faite, on tombe de suite sur une lame fibreuse que l'on reconnaît être le sac herniaire très tendu, aminci, constitué par le péritoine doublé de l'aponévrose du grand oblique.

On sépare facilement la peau des masses qui sont pour ainsi dire énucléées de leur loge.

Le capuchon cutané est rejeté sur le côté gauche.

Incision prudente de la première poche à son point le plus saillant. On trouve à son intérieur le cæcum et l'appendice qui est turgescant et enflammé, une partie du colon ascendant qui, par un nouvel orifice, pénètre dans la seconde poche. On débride le collet de la première poche sur une ligne située à hauteur de l'ombilic. En faisant basculer toute la masse vers la gauche, on arrive alors sur les muscles droits qui sont refoulés par la hernie sur la ligne médiane et sur le collet du sac siégeant en dehors des droits et sur un plan situé au-dessous de l'ombilic et à droite duquel on sent l'anneau ombilical fermé.

Débridement aux ciseaux, de haut en bas, le long du bord gauche des droits. On arrive alors à refouler le cæcum et l'appendice dans l'abdomen.

Le colon ascendant qui allait s'étrangler à une bride péritonéale qui fermait la deuxième poche était du volume d'un bras vigoureux d'adulte.

La seconde poche est incisée de la même façon. On y trouve tout le colon transverse accompagné d'une masse épiploïque qui adhère avec lui et avec la paroi du sac. Ces adhérences sont difficiles à rompre et malgré les précautions prises pour leur dissection, il se produit une hémorragie profuse assez sérieuse.

La portion du colon, transverse étranglée entre la première et la deuxième poche est assez difficilement libérée de sa bride péritonéale. Au cours de cette manœuvre, il se produisit une petite déchirure immédiatement fermée par deux sujets étagés. Ligature en chaîne des vaisseaux épiploïques et résection de l'épiploon.

On ouvre ensuite la troisième poche. Elle contient de l'intestin grêle qui en certains endroits présente une teinte ecchymotique. La poche contenait également un peu de liquide séreux qui s'écoule au dehors sur le flanc gauche. Ici encore on trouve de nombreuses adhérences avec des franges épiploïques multiples.

A ce moment la malade étant dans un état de faiblesse externe, on fait une injection de 500 grammes de sérum rhum (30 gr. de rhum pour 500 gr. de sérum de Hayem).

Toutes les adhérences étant libérées et les ligatures faites, on protège l'intestin des champs, puis avec des pinces américaines on va repérer le péritoine sur les bords du transverse et du grand oblique. Le sac herniaire est alors réséqué suivant cette ligne, on place alors trois gros fils d'argent.

La malade étant mise en position de Treudelenbourg, la masse herniaire est réduite assez facilement grâce surtout à ce que dès ce moment, il se produit, une débâcle de gaz et de matières diarrhéiques. Suture du péritoine par des points séparés au catgut. Les masses musculaires des droits sont alors suturées en paletot, c'est-à-dire en faisant chevaucher leurs bords avec les fibres internes du grand oblique et du transverse.

Suture de l'aponévrose par des points séparés. Crins sur la peau.

L'intervention a duré une heure vingt minutes ; pendant ce temps la malade a absorbé 75 grammes de choroforme.

9 heures du soir. — 500 grammes de sérum rhum (30 gr. de rhum).

Minuit. — 500 grammes de sérum rhum.

Pendant toute la nuit on fait des piqûres d'huile camphrée

à haute dose (6 gr. de camphre). La malade continue à rendre des gaz et à aller en diarrhée. Cette diarrhée est très fétide.

26 août. — Sérum rhum, 250 grammes.

Huile camphrée (2 gr. de camphre).

On assied la malade dans son lit.

27 août. — Sérum rhum, 250 grammes.

Huile camphrée (2 gr. de camphre).

Ventouses sèches.

28 août. — Température, 38°8. Pouls, 116. Urines 300 grammes. La malade présente malgré les précautions prises (position assise, ventouses) des signes de congestion de la base droite. La diarrhée continue.

29 août. — Température, 38° 4. Pouls, 100.

Cataplasme sinapisé.

Un cataplasme posé trop chaud forme un vésicatoire involontaire et amène une dérivation salutaire.

2 septembre. — On lève la malade pour la première fois.

3 septembre. Ablation de fils profonds.

5 septembre. — Ablation de fils d'argent.

6 septembre, — La diarrhée continuant on donne un lavement de 500 grammes de sérum qui ramène les selles à leur état normal.

Aussitôt la quantité d'urine augmente et dépasse un litre par jour.

Deux mois après la malade parfaitement guérie et ne présentant plus la moindre lésion pariétale, a pu reprendre son service qu'elle assure à l'heure actuelle comme avant son intervention.

PRONOSTIC

On comprend facilement que le pronostic des hernies de Spiegel est assez sérieux. Elles ont en effet une tendance toute spéciale à augmenter progressivement le volume, et alors on peut voir, comme l'a signalé Reynier, à la suite d'un choc, le sac se rompre et les viscères faire saillie à l'extérieur. De plus, le volume et l'irréductibilité de ces tumeurs par suite des brides intrasacculaires en font de véritables infirmités.

Mais ce qui rend le pronostic particulièrement sombre, c'est la gravité que peuvent prendre les accidents survenant à la suite de l'étranglement. Celui-ci se produit en effet dans des conditions telles qu'il peut passer inaperçu un certain temps et alors ce n'est que quand les symptômes sont très alarmants que l'attention est attirée sur eux. L'observation publiée par Thévenot et Gabourd en est un cas typique.

16 juillet 1906. — Est amenée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, vers 9 heures du soir, M^{me} P..., âgée de cinquante-huit ans, avec le diagnostic d'obstruction intestinale datant de douze jours. Ce diagnostic avait été posé par le D^r Josse-

rand, médecin des hôpitaux, qui venait de voir la malade comme médecin consultant. Il l'adresse avec les indications suivantes :

« M^{me} P... est malade depuis douze jours surtout, mais aurait maigri et serait anorexique depuis trois mois environ. Pas d'antécédents particuliers, a eu plusieurs enfants, et avait toujours joui d'une parfaite santé. Porte depuis longtemps une hernie dans la fosse iliaque droite. M^{me} P... a été vue par plusieurs médecins qui ne se sont pas prononcés sur la nature de sa maladie. Au début, elle aurait eu des vomissements et de la constipation alternant avec un peu de diarrhée. Rapidement les urines se firent rares et persistèrent ainsi, tandis que les vomissements s'atténuèrent. Depuis deux à trois jours, ni selles, ni miction par anurie et non par rétention. Depuis ce matin quelques vomissements fécaloïdes. Il y aurait lieu d'intervenir rapidement, tout au moins de faire une laparotomie exploratrice. »

A son entrée en effet, la femme, d'une obésité considérable, était dans un très mauvais état ; son pouls est à peine perceptible, ses extrémités froides. Néanmoins une intervention est décidée, le pronostic étant fatalement et rapidement mortel.

Sous une anesthésie générale très légère à l'éther, on fait une incision longitudinale de 12 à 15 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite sur la tumeur herniaire. Après section et dissociation des fibres aponévrotiques très minces d'ailleurs, on tombe sur une grosse hernie avec sac péritonéal contenant de 20 à 25 centimètres d'intestin grêle disposé en M, renversé et adhérent par de nombreux points à la face utérine du sac. L'orifice de communication abdomi-

nale est reconnu de la dimension d'une pièce de 5 francs environ, permettant le passage de trois doigts. Cette exploration montre que le rebord fibreux de l'anneau est surtout net en dedans ainsi qu'en haut, et en bas beaucoup plus qu'en dehors. On remarque que sa situation est réellement latérale à peu près à la région correspondant au point de Mac Burney, c'est-à-dire à égale distance de l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, et cela sur le bord externe du grand droit de l'abdomen, à 9 ou 10 centimètres de la ligne blanche ombilico-pubienne. Le sac péritonéal est épaissi. Il est adhérent, comme nous l'avons dit, à l'intestin qu'il contient : adhérences très épaisses ayant nécessité la section avec des ciseaux pour libérer les anses intestinales. Leur épaisseur et leur dureté semblent indiquer que ces adhérences sont anciennes, en tout cas elles montrent une inflammation chronique de la hernie. Ces adhérences étaient au nombre de cinq, d'une longueur de 2 à 3 centimètres chacune environ.

La hernie n'était formée que par l'intestin ; il n'y avait pas d'épiploon ; de plus elle ne contenait pas la moindre trace de liquide. L'anse grêle contenue dans le sac avait une longueur d'à peu près 20 à 25 centimètres ; elle était très distendue et congestionnée mais *sans phénomènes d'étranglement vrai*, seulement engouée par suite des adhérences.

Réssection du sac après réduction de l'intestin. Suture de la plaie aux fils métalliques.

Cette intervention ne dura pas plus d'un quart d'heure et l'anesthésie ayant été très légère l'état de la malade n'en fut pas aggravé. Son pouls reprit même un peu de vigueur

pendant quelque temps, elle eut aussi un peu après une débâcle diarrhéique très abondante.

Néanmoins malgré les excitants qui lui furent prodigués et malgré cette amélioration momentanée, elle mourut le lendemain environ dix heures après l'intervention.

L'autopsie pratiquée vingt-sept heures après la mort montra l'absence complète de péritonite ou d'autres lésions abdominales qui auraient pu causer le syndrome présenté par la malade.

D'autre part, il fut reconnu que l'orifice ayant laissé passer la hernie était bien un orifice anormal, celui du repli semi-lunaire de Spiegel.

DIAGNOSTIC

Nous avons dit déjà que la hernie de Spiegel lorsque son volume était très restreint ne donnait souvent lieu à aucun symptôme objectif. Par contre les signes subjectifs que l'on observe alors peuvent induire en erreur. Ces erreurs sont d'autant plus nécessaires à éviter que la thérapeutique de ces petites hernies est très importante en raison de la gravité que présente d'emblée les accidents d'étranglement. Les troubles fonctionnels simulent en effet à s'y tromper, les troubles dyspeptiques ou l'entéro-colite. En outre quand la hernie siège à droite, comme elle occupe exactement le milieu de la ligne qui joint l'épine iliaque à l'ombilic, les douleurs qu'elle occasionne associées aux signes gastro-intestinaux en imposeront facilement pour l'appendicite chronique. Seul un examen minutieux de la région pourra décider une légère voussure, de la région voussure sonore.

D'ailleurs même quand la tumeur existe, il peut y avoir lieu à méprise. Peu d'auteurs ont signalé ces causes d'erreur. Toutefois nous croyons nécessaire d'attirer l'attention sur elles. Nous avons été en effet pendant assez longtemps en suspens, le diagnostic

exact chez la malade dont nous allons parler ne fut fait que tardivement

Il s'agit d'une femme de cinquante ans hospitalisée à la Maison de Nanterre dans le service de M. le Dr Oppenheim pour tuberculose au troisième degré avec cachexie bacillaire.

Au mois de septembre 1911, cette femme qui toussait énormément vit une tumeur, d'abord du volume d'un œuf, saillir au point de Mac Burney. Cette tumeur était légèrement douloureuse en même temps que la femme se plaignait de troubles gastriques. Ayant présent à la mémoire le cas opéré par MM. Engel et Casalis on pensa à une hernie de Spiegel. La tumeur en avait en effet exactement le siège et les caractères. Devant l'état cachectique de la femme on ne tenta aucune intervention. D'ailleurs la femme qui restait au lit s'y serait refusée. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume et le diagnostic d'abord orienté vers la hernie de Spiegel prit une autre direction. A mesure en effet que la grosseur s'agrandissait elle devenait matte et on pouvait par moment sentir une ébauche de fluctuation. C'est alors que l'on décida de faire une ponction capillaire qui amena l'issue de pus bacillaire. Malgré l'étude la plus attentive il nous fut toujours impossible de trouver un point osseux quelconque. Dans l'impossibilité de faire une intervention quelconque qui seule aurait peut-être permis de connaître l'origine de cet abcès froid, nous en sommes réduit aux hypothèses. Vraisemblablement il s'agit d'un abcès costal ou vertébral ayant fusé le long de la paroi jusqu'au point de Mac Burney.

Ce fait nous porte à penser qu'il faut tout au moins, quand on se trouve en face d'une tumeur de petit volume située au

niveau du point de Mac Burney, penser aux abcès froids, aux lipomes, peut-être même aux phlegmons de la paroi abdominale, ne fût-ce que pour les éliminer. Le diagnostic de hernie ne pourra être porté sûrement que lorsqu'on aura constaté la réductibilité de la tumeur et le gargouillement.

Si la tumeur est volumineuse, ses caractères se précisent et alors le diagnostic de hernie ne se discute plus guère. Mais le point délicat c'est de connaître le siège exact de la hernie. C'est surtout la hernie ombilicale qu'il faudra reconnaître de la hernie de Spiegel. Cela sera surtout difficile lorsque l'on sera en face d'une de ces hernies qui envoient de nombreux diverticules dans le tissu cellulaire sous-cutané, alors que la masse ombilicale elle-même n'a qu'un volume restreint. Dans certains cas on arrive soit à réduire la hernie et alors à sentir l'orifice ombilical fortement élargi, soit à sentir le collet de la hernie. Mais il faut savoir que surtout si la hernie est irréductible, le diagnostic est très malaisé ! D'ailleurs, pratiquement, ce diagnostic sera fait par l'intervention qui, sauf si l'état du malade s'y oppose, est de règle.

TRAITEMENT

On comprend aisément que la cure radicale est le seul traitement rationnel de la hernie de Spiegel chez un sujet dont l'état général est satisfaisant. Chez les malades qui ne pourraient sans danger affronter une intervention chirurgicale, il en va autrement. On essaiera alors de réduire la hernie. Nous ne décrivons pas le procédé de réduction qui est le même que pour toute hernie. Mais il faudra ne pas s'en laisser imposer, et bien souvent l'on pourrait croire avoir réduit la hernie alors que l'on aura fait que refouler sous les aponévroses la portion sous-cutanée de la hernie qui sera alors entièrement interstitielle. La réduction dûment effectuée, on maintiendra en place par un bandage assez large approprié à la région, et muni d'une pelote appliquée sur l'orifice.

Nous croyons que l'irréductibilité de la hernie de Spiegel est une indication opératoire importante. En effet, la hernie dans ce cas est le siège fréquent de la péritonite locale. Cette péritonite amène peu à peu la formation de brides et d'adhérences qui amènent alors l'étranglement intra-sacculaire. Or, en examinant les observations publiées, il est facile de se

rendre compte de la gravité de cet étranglement qui est rapidement mortel. Avec Ferrand nous croyons que cette partie spéciale de la hernie de Spiegel est liée aux faits suivants :

1° La masse herniée est très peu protégée, souvent on voit les anses intestinales se mouvoir sous la peau.

2° La multiplicité des agents de l'étranglement intrasacculaire amène un sphacèle d'autant plus rapide de l'intestin.

C'est dire que nous rejetons systématiquement le taxis comme traitement de la hernie de Spiegel étranglée.

Ferrand, qui, pourtant, l'admettait, reconnaît lui-même que « mieux vaut donc opérer de suite que de permettre, par des tergiversations déguisées, sous des taxis successifs, l'altération plus prononcée des parties herniées. »

Nous repousserons d'autant plus le taxis que le plus souvent l'agent de l'étranglement n'est pas le collet de la hernie, mais bien les brides intrasacculaires. Si on arrivait *par malheur* à réduire de telles hernies, l'étranglement n'en persisterait pas moins, mais cette fois il serait intra-abdominal.

Malheureusement, le plus souvent, la malade est âgée. C'est une femme obèse au myocarde surchargé de graisse, aux poumons plus ou moins œdématisés.

Il faudra donc agir vite et alors la simple kelotomie pourra être appliquée. Dès qu'on sera sur le sac, on l'ouvrira comme il a été fait au cours de l'interven-

tion que nous avons rapportée. On jugera alors de l'état des viscères herniés, on détruira les adhérences et l'on pourra alors opérer une réduction de l'intestin après ligature et résection de la plus grande partie de l'épiploon. Une fois la réduction faite, on referme le mieux possible l'orifice en rapprochant et en suturant en paletot par les points en se chevauchant les uns les autres. A bord externe, les droits du grand oblique et du transverse. Au besoin, des fils d'argent amèneront une coaptation plus exacte. C'est la technique qui a été suivie dans notre observation, et le résultat excellent qu'elle a donné nous la fait adopter. Encore que la femme fût âgée, qu'elle ait fait depuis l'intervention de la congestion pulmonaire, la cure radicale faite pourtant rapidement a réussi admirablement, et actuellement il ne reste plus trace de hernie.

Signalons enfin un point spécial du traitement post-opératoire. La malade opérée par MM. Engel et Casalis était dans un état d'adynamie extrême, et son cœur faiblissait suivant une méthode longuement étudiée et souvent appliquée dans le service de M. le Dr Reymond ; il lui fut fait à plusieurs reprises des injections de sérum physiologique additionné de rhum pur dans la proportion de 30 grammes pour 500 de sérum (1).

Ici, comme dans de nombreux autres cas, l'effet en

1. R. Engel, *la Gynécologie*, n° 19, année 1912.

fut très bon, et alors que l'on craignait fort une issue fatale, la malade fit les frais de sa guérison et même résista heureusement à la congestion pulmonaire qui s'était produite.

CONCLUSIONS

1° A côté des hernies de la paroi abdominale antéro-latérale, qui se produisent à la suite d'un traumatisme, il en existe une variété spontanée.

Elle se produit au niveau de la ligne semi-lunaire de Spiegel d'où le nom que nous lui avons donné, en un point situé à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure ;

2° Cette hernie se fait au travers d'un orifice vasculaire dû au passage des branches de l'artère épigastrique au travers de la paroi. Cet orifice est agrandi par des petits pelotons adipeux ;

3° Cette hernie spontanée présente toujours un sac qui peut parfois être très aminci ;

4° Elle s'étrangle facilement à cause des brides nombreuses qui se forment à l'intérieur du sac ;

5° La cure radicale doit être pratiquée, sauf dans les cas où l'état général du malade s'y opposerait ;

6° L'étranglement commande l'intervention précoce et alors il faudra ouvrir le sac et débrider avec

soin tous les diverticules et toutes les adhérences qui sont les agents de l'étranglement tout autant sinon plus que le collet du sac,

Vu : le Président de thèse,

SECOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- LACHAUSSE. — De Hernia ventralis, 1745.
- COOPER (Astley). — Œuvres chirurgicales, 1837.
- HENRY. — The Lancet, 1851, t. II, p. 153.
- SÉE (Marc). — Bull. de la Soc. anat., 1852.
- SCHLEITER. — Arch. de médecine, 1857, t. XIV, p. 370.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, 1865.
- MOLLIÈRE (D.). — Soc. de Chir. Paris, 1877.
- Congrès Intern. des sciences méd. de Genève, 1877.
- TERRIER. — Soc. de chir. Paris, 1878.
- REYNIER. — Essai sur les hernies ventrales. Thèse de Paris, 1879.
- MACKROKI. — Statistique sur 80 cas de hernie ventrale. Thèse de Strasbourg, 1879.
- FERRAND. — Contrib. à l'étude des hernies lat. de l'abd. Thèse de Paris, 1881.
- MICHAËL. — Hernie ventrale opérée (J. of Americ. med. Assoc., 1887).
- BLACKWOOD. — Prov. med. Journal, mars 1889.
- NÈVE. — Deux cas de hernies ventrales (Brit. med. Journ., 1889).
- WEISS. — Hernie ventrale (Journ. of Surg., 1889).
- BROCA. — Cure radicale d'une laparocèle (Gaz. hebdom. de Neur. et Chir., 1891).
- PETIT. — Gaz. des Hôp. de Toulouse, 1892.
- GIRDANO. — Contr. allo studio e cura del la paroccele (Rif. med., 1893).
- VILLARD. — Archives provinc. de Chir., p. 510.
- GRANGE. — Les Hernies rares de l'abd. Thèse de Lyon, 1895.
- BRENNANI. — Rev. méd. Montréal, 1900.

Coby (W.-B.). — Hernie interst. siégeant au point de Mac Burney (Revue de Chir., oct. 1909).

Thévenot et Gabourd. — Hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel (Rev. de Chir., 1907).

Jaboulay et Patel. — In Nouveau Traité de Chir. L. Dentu et Delbet, t. XXV.

